

VARIABLES INDIVIDUALES (COGNITIVO-EMOCIONALES) Y GRUPALES EN LAS NUEVAS PATOLOGIAS: EL CASO DEL MOBBING O ACOSO PSICOLOGICO EN LAS ORGANIZACIONES

Prof. Dr. Antonio Sánchez Cabaco
Universidad Pontificia de Salamanca (España)

ABSTRACT

In base to the proposal of the social and ecological model of health proposed by Moos (1979) are analyzed the three large joint of variables proposed by the author to the analysis of the mobbing in the organizations. In the first place the personal system (cognition and emotional strategies of coping). Below it referred it to the environmental system (social net and social support in mobbing dynamics). Finally it is approached the health status, analyzed from the parameters of the social welfare indicators and competition, as well as the consequences on the health and work.

BREVE RESEÑA DEL CURRICULUM

El autor es Doctor en Psicología por la Universidad Pontificia de Salamanca y docente en esta Universidad desde 1989. Tiene publicado varios libros y numerosos artículos tanto de psicología básica como aplicada y ha desarrollado varias investigaciones, financiadas por distintos organismos, sobre las dimensiones cognitivas y emocionales de la conducta humana (normal y alterada) en la etapa infanto-juvenil, en la adulted y en la tercera edad. Colaborador en programas de formación docentes, especialmente en temas de salud comunitaria, en la actualidad dirige un programa de investigación sobre Atención selectiva y procesos de interferencia (aplicaciones básicas y clínicas) cuyos protocolos se están adaptando en varios países.

1. LA PERSPECTIVA SOCIOECOLOGICA DEL BINOMIO SALUD-ENFERMEDAD EN EL MOBBING

Desde hace algunos años (Jiménez-Díaz y Cabaco, 1991; Jiménez Díaz, Cabaco y González, 1992; Jiménez Díaz, Cabaco, y González, 1994; Cabaco, 1995) hemos desarrollado las implicaciones teóricas y aplicadas de uno de los modelos sobre salud más pertinentes y globales de los formulamos en las últimas décadas: el modelo socioecológico de salud propuesto por Moos (1979). En él se diferencian seis elementos fundamentales, interrelacionados entre sí, donde el status de salud y la conducta relacionada con la misma, el sistema ambiental y el sistema personal son los principales conjuntos de variables explicativas (para una revisión amplia véase Cabaco, 1994).

El primer conjunto de variables que conforma el modelo es el status de salud y la conducta relacionada con la misma, que incluye desde el inicio de la enfermedad, su desarrollo y tratamiento, la adhesión al tratamiento, junto con la satisfacción y el bienestar percibido. A continuación aparecen las variables referidas al sistema ambiental: contexto físico, factores organizativos, agregado humano, clima social, y la evaluación cognitiva del ambiente percibido. El tercer conjunto de variables hacen referencia al

sistema personal que lo componen por una parte las variables sociodemográficas (edad, sexo, status socioeconómico, inteligencia, etc.), los roles, las expectativas y otros factores limitadores de la capacidad de respuesta del individuo frente al ambiente. Entre las variables existen relaciones semejantes al esquema E-O-R (sistema ambiental-sistema personal-status de salud). Vamos a operativizar la aplicación del modelo al campo de la intervención en salud, tomando como referencia el mobbing o acoso psicológico.

El término mobbing deriva del verbo inglés "to mob" que significa asaltar o acosar. Los mobber o agresores aíslan a su víctima del resto del grupo, la cercan, difunden chismes sobre su vida privada y le culpan de todo hasta llevarla al borde de la desesperación. La víctima no necesariamente tiene las características del chivo expiatorio: tímido, sumiso, miedoso, inseguro ya que, a menudo, se trata de personas brillantes, consideradas peligrosas por el resto del grupo. O también simplemente distintas, portadoras de un elemento de ruptura. El concepto fue utilizado por Konrad Lorenz, desde el campo de la etología, para describir el ataque de un grupo de animales contra otro de su misma especie (Correa y Coutinho, 1997). Recientemente se comenzó a estudiar entre los humanos ya que aparecían comportamientos similares a los descritos por Lorenz en sus trabajos etológicos. Lo significativo de esta situación es que se producía en múltiples ámbitos: en el medio laboral, en el marco escolar, en los grupos o pandillas juveniles y otro tipo de organizaciones (voluntariado, culturales, etc.). Aunque el campo de mayor interés de los investigadores se ha centrado fundamentalmente en el marco laboral por las consecuencias tan negativas que tiene tanto para la salud como para los resultados de la producción de las mismas. Además, las múltiples formas de terrorismo psicológico o mobbing (no puede marcharse del trabajo hasta que el superior haya salido, aunque no sea su presencia necesaria, sus compañeros le han aislado para evitar que progrese; de funciones de responsabilidad pasa a desempeñar tareas rutinarias y secundarias) acaban produciendo graves consecuencias en las dinámicas de los grupos en que se producen (climas hostiles, desconfianza, pérdida de objetivos y en algunos casos la depresión y la muerte). Aunque las investigaciones, en el campo humano, son relativamente recientes parece que las características de personalidad de quien es objeto de violencia psicológica tienen poca importancia (Ficken y Popp, 1996).

Los mobbers o agresores no se centran en los sujetos serviciales, antipáticos o indisciplinados. Lo que parece que desencadena la agresividad y toda la cadena de conductas de acoso es la envidia por los éxitos y los méritos de los demás. En el fondo lo que subyace es el miedo a perder determinados privilegios por lo que la ambición desenfrenada empuja a eliminar drásticamente cualquier posible obstáculo que se ponga en el camino. Aunque esta es una de las situaciones más claramente definidas de las dinámicas del mobbing o terrorismo psicológico hay otras situaciones en las cuales también pueden producirse o desencadenar este tipo de dinámicas grupales patológicas. Vamos a analizar otras dos.

Desde los conocimientos que la Psicología Social, la Antropología y la Sociología nos han aportado sobre los comportamientos gregarios de los grupos humanos se puede entender otra de las situaciones en las que los mobbers suelen actuar: ante las personas que diferencian de los demás componentes del grupo. Esta diferencia suele tener características muy variadas y en algunos casos de una gran sutileza:

vestir informalmente en un ambiente donde prevalece el estilo clásico o formal; leer un periódico con una fuerte connotación política en medios donde no se hace explícita una orientación determinada; comportarse de forma directa y espontánea cuando las relaciones son generalmente formales o clásicas; cuando se procede de otros medios geográficos (país o ciudad) o socioculturales.

Si en el caso anteriormente analizado podría "comprenderse" este tipo de comportamientos por lo que supone de discusión del liderazgo y la propia desestabilización del grupo, más difícil resulta entender las conductas de acoso cuando las dinámicas del mobbing se inician por episodios banales que se les va de las manos a los protagonistas pudiendo desencadenar consecuencias desastrosas. Equívocos que deberían terminar con una conversación adulatoria entre los protagonistas, cuando no se resuelven adecuadamente inician una reacción en espiral con toda una secuencia de conflictos, tensiones y reproches. A los protagonistas originales se les suman toda la plantilla que los mobbers o acosadores suelen movilizar para la consecución de los fines desarrollándose dinámicas diferentes según las estrategias que utiliza el acosador y las respuestas que ante ellas emite el acosado.

Solamente un aspecto más para terminar este apartado conceptual sobre el mobbing. El terrorismo psicológico no debe confundirse con la conflictividad cotidiana que se da en todos los ambientes y que es debida a las tensiones y a la convivencia forzada en espacios restringidos. La conceptualización del mobbing desde un punto de vista científico (Knor y Zapf, 1996) se produce cuando se dan conductas aisladas de acoso. Además la agresividad debe ser dirigida siempre hacia el mismo individuo que en función de los ambientes puede ser un compañero de trabajo, de clase, un subordinado o incluso un superior.

En base a la propuesta del modelo socioecológico de salud propuesto por Moos vamos a analizar los tres grandes conjuntos de variables de cara al análisis de esta patología: el sistema personal (estrategias cognitivo-emocionales de afrontamiento); el sistema ambiental (red social y apoyo social en la dinámica acosador-acosado), y el status de salud (indicadores calidad de vida, bienestar social, competencia, etc.) planteándose su aplicación a las consecuencias laborales y en el terreno de la salud individual y colectiva.

2. ESTRATEGIAS COGNITIVO-EMOCIONALES DE AFRONTAMIENTO

Como hemos señalado en un trabajo anterior (Cabaco, 1995) en la personalidad o sistema psicológico constitutivo de base hay que evaluar y valorar criterios estructurales, adaptativos y evolutivos del sujeto. Los primeros hacen referencia a la estructura interna del sujeto (actitudes positivas hacia sí mismo) y recursos frente a situaciones externas estresantes que pudieran provocar desequilibrios internos. Los segundos (criterios adaptativos y de relación con el entorno) se refieren a la capacidad de generar y mantener comportamientos después de una toma de decisiones, adaptación a la realidad, y al entorno y sus modificaciones, es decir, la capacidad de solucionar problemas. En tercer lugar, los criterios evolutivos y procesales, se refieren tanto a dimensiones de la estructura de personalidad (autoconcepto), como de

adaptación al medio (relacionarse positivamente con los otros). La combinación adaptativa de ambos criterios da como resultado la diferenciación o individuación del sujeto respecto al grupo pero integrado plenamente en el mismo.

Mejorar las habilidades de afrontamiento consiste en dotar al sujeto de estrategias útiles para afrontar eventos procedentes de distintas fuentes de estrés o de problemas de acoso. Los tipos característicos de coping o afrontamiento son: a) los sujetos negativistas, que utilizan un coping pasivo, negando la existencia del problema; b) los sujetos autorreferentes, que se centran en las reacciones y se caracterizan por una rumiación de pensamientos relacionados con el problema y las posibles consecuencias; c) los sujetos autoeficaces, que centran sus esfuerzos en buscar las demandas o exigencias de la situación y prestan atención a identificar posibles obstáculos (Ibañez, 1991). En el caso que estamos analizando y aunque la investigación está en fase embrionaria, la literatura señala que más importante que las características o variables de personalidad son las estrategias de afrontar el problema con el fin de obtener una resolución exitosa (Keltikangas y Terav, 1996; Knorz y Zapf, 1996).

Sin embargo la literatura especializada pone constantemente de manifiesto la existencia de una enorme variedad de estilos de afrontamiento por lo que resulta más operativo hablar de las estrategias concretas empleadas por los sujetos de forma habitual. Entre estas estrategias cabe citar como más destacadas: distanciamiento (esfuerzo por separarse del problema); autocontrol (intento de regular y controlar los propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales); re-evaluación positiva (percibir los posibles aspectos positivos que tenga el evento estresante); escape-evitación (no pensar en el suceso estresante); confrontación (esfuerzos para alterar la situación); planificación (pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema); aceptación de la responsabilidad (reconocimiento del papel que uno ha tenido en el origen del problema). Además no sólo se restringe la posibilidad de aplicación en ambientes laborales, sino que como se ha señalado anteriormente este comportamiento de acoso se ha descrito en otro tipo de grupos (educativos, sociales, etc.) lo que le da una mayor magnitud tanto al problema como a la generabilidad y necesidad de la formación del sujeto en este tipo de destrezas (Schuster, 1996).

Cuando el sujeto está sometido a un ambiente de acoso, sobre todo con una interacción continuada en el tiempo, y no posee estrategias paliativas ni instrumentales adecuadas necesita de una intervención específica. Hay que tener en cuenta que diferentes estresores y acosadores exigen distintas respuestas de afrontamiento, por lo que un programa de entrenamiento debe proporcionar un repertorio flexible. Considerando siempre la influencia de los factores cognitivos y afectivos, estableciendo una instrucción directa en las situaciones que el sujeto va a afrontar, realizando una previsión de las posibilidades futuras y contando con la colaboración del paciente. Otras técnicas empleadas pueden ser el entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de autocontrol, el biofeedback, la respiración, entrenamiento en inoculación del estrés, técnicas cognitivas clásicas (reestructuración cognitiva, la terapia racional-emotiva, entrenamiento en solución de problemas), la relajación y desensibilización sistemática (DS) y las técnicas de modelado. En un plano más general suele ser de utilidad mejorar la resistencia y el control personal,

organización del tiempo y del espacio, para disponer de los recursos materiales en el momento de necesitarlos, además del ejercicio físico y llevar a cabo prácticas de salud (Fernández Ríos, 1994). Como veremos en el apartado siguiente las dinámicas de acoso se mantienen en el tiempo por lo que el desgaste va siendo progresivo y tiene fatales consecuencias si el problema no es detectado precozmente. De ahí la importancia de la actuación preventiva más que paliativa.

3. SISTEMA AMBIENTAL: RED Y APOYO SOCIAL EN LAS DINAMICAS DE ACOSO

A pesar de las diferentes formulaciones sobre red social es bastante completa la que la define como el conjunto de relaciones sociales que presenta un individuo y que pueden ser facilitados de apoyo, neutros, o, incluso, dar lugar a efectos negativos (Fernández Ríos, 1994). Además, presenta una serie de características (estructurales, de enlace de los componentes, contextos normativos de las relaciones, etc.) y desempeña una función mediadora entre los factores personales, ambientales y el apoyo social. De este modo, las características estructurales y relacionales de la red social personal están influyendo directamente sobre el apoyo social. Ello mediaría los efectos de los factores personales y ambientales sobre la mayor o menor probabilidad de encontrarse con eventos vitales y de disponer de estrategias adecuadas para la resolución de problemas y sobre el nivel de salud (Murrell, Norris y Chipley, 1992).

No hay que confundir este concepto con el de apoyo social ya que si bien todo sistema de apoyo es, o forma parte de una red social, no toda red social tiene que constituir necesariamente un sistema de apoyo (Aroian, 1992). En definitiva, mientras que la red social hace más énfasis en los aspectos estructurales (densidad, homogeneidad, etc. por ejemplo) el apoyo social incide sobre los aspectos funcionales de las redes (provisión de ayuda emocional, instrumental, informaciones, etc.)

El tema del apoyo social está estrechamente ligado al papel de los llamados "paraprofesionales", dentro de la tradición inaugurada por la perspectiva comunitaria, en el sentido de que el uso de sistemas de apoyo no formales para solucionar problemas cotidianos por una amplia parte de la población tiene una efectividad que en algunos casos presenta una efectividad superior a la de los propios profesionales. El apoyo social tiene que ver con conductas de sustento o apoyo emocional, conductas de solución de problemas, influencia personal indirecta y acción ambiental (Caplan, 1993). Bunnk y Hoorens (1992) establecen interconexión entre el stress, el apoyo social y el distrés. En primer lugar, en el modelo de movilización del apoyo social se pone de manifiesto que existe una relación positiva entre eventos vitales estresantes y apoyo, en el sentido de que la red de apoyo responde ante la aparición de eventos estresantes lo que facilita por parte de los miembros de la red un mejor afrontamiento. De la misma forma el apoyo social puede prevenir la ocurrencia de condiciones estresantes o la percepción de esta naturaleza de los eventos vitales (Fernández Ríos, 1994). También en otros trabajos se han determinado evidencias de la relación entre apoyo social y el binomio mortalidad-morbilidad. En unos casos se plantea que el apoyo social está vinculado a la enfermedad a través de su influencia sobre patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo de enfermedad, en otros se expone que el apoyo social es importante tanto para las

personas que se hallan bajo estrés como para las no afectadas (Conn, Taylor y Hayes, 1992; Hills y Barker, 1992).

Estos trabajos ponen de manifiesto que solamente cuando un sujeto tiene sistemas de apoyo disponibles, accesibles y adecuados puede desarrollarse de forma saludable. La relevancia del apoyo social como factor protector para la prevención del desarrollo de patología mental a lo largo del ciclo vital ha centrado la investigación desde patologías concretas como la depresión, hasta los orientados a determinar la relevancia del apoyo en la salud mental en general. Existe una aceptación generalizada de que los efectos del apoyo social son siempre positivos para la salud, y así lo ponen de manifiesto múltiples trabajos. Básicamente se han establecido cuatro vías que relacionan las redes sociales con el apoyo al enfermo: provisión de consejo, servicios y acceso a nuevos contactos sociales; tienen interés para sus miembros porque facilitan ayuda o servicios; existe un mecanismo relacionado con la integración social, asociado con el contexto social y la presión de los iguales; se supone además que las personas que carecen de vínculos que proporcionan intimidad, sentido de pertenencia, afirmación de su dignidad, etc. tienen mayor probabilidad de estar psicológica y fisiológicamente estresados (Cabaco, 1994).

Aparte de lo comentado, la actuación del apoyo social se hipotétiza también a través de otros mecanismos: reduciendo el estrés por influenciar los procesos de evaluación primaria y secundaria, o a través de la ayuda en el proceso de afrontamiento; realzando la autoestima de los sujetos, definiéndose ésta como la forma en que el individuo se evalúa a sí mismo; y elevando el "humor" lo que a su vez influye sobre los aspectos fisiológicos del estrés y los procesos de afrontamiento. Algunos de nuestros trabajos en esta línea lo han corroborado tanto en niños institucionalizados (Jiménez Díaz y Cabaco, 1991) como en los afectados por distintas patologías psicósomáticas (Jiménez Díaz, Cabaco y González, 1992).

Sin embargo también es abundante la bibliografía existente sobre los efectos negativos provocados por el apoyo social. Entre los aspectos negativos de los vínculos sociales se señala que algunas veces la ayuda proveída por el apoyo social es inefectiva, excesiva, pudiendo generar o incluso elevar las amenazas de bienestar, fomentando la dependencia de otros y reduciendo los recursos de afrontamiento, bien en la persona que le da o en la que recibe apoyo social. También se hace referencia a los procesos de interacción no placenteros o no queridos, que pueden causar rechazo, interacciones competidas, etc., contribuyendo a disminuir el bienestar. Por último, el apoyo social puede producir un proceso de "regulación negativa" de la interacción con otros. Se pueden fomentar actos de desviación social estimulando la ejecución de roles inestables y patología conductual. Todo ello se produce a través de refuerzo de conductas inapropiadas, por modelados inadecuados, etc. (Fernández Ríos, 1994).

La perspectiva de la teoría y práctica del apoyo social, a pesar de las consideraciones anteriores, son positivas como lo demuestran los resultados obtenidos en algunos campos de aplicación como reducción del "burnout", aumento del control de los sujetos sobre su comportamiento y sus consecuencias a nivel individual y organizacional, prevención y superación de la soledad, influencia sobre el sistema inmunológico a través del aumento o disminución de los procesos de estrés, promoción de la competencia

social, ajuste psicosocial de enfermos oncológicos. En definitiva, las aportaciones de las investigaciones teóricas y empíricas del apoyo social llevan a la conclusión de que, a pesar de las dificultades, es efectivo para la protección y promoción de la salud, aunque esta efectividad no tiene lugar siempre, ni tampoco en la dirección deseada.

Dentro del enfoque ecológico social se parte de que un gran número de ambientes -familiares, escolares, institucionales, etc.- cuentan con características semejantes a las encontradas por los psicólogos en los sujetos humanos y cuya organización sería similar a la que desde el enfoque del rasgo se considera "personalidad". Como señala Moos, exponente máximo de esta tendencia, la perspectiva del clima social asume que los ambientes tienen una personalidad igual que las personas y así unos ambientes son más rígidos, organizados o controlados que otros (Moos, 1979). Lo más importante de estas dimensiones del clima social radica en que la conducta de un sujeto varía según percibe el clima social de la institución en que se desenvuelve. En una serie de investigaciones llevadas a cabo, han obtenido las dimensiones más importantes del clima social en nueve medios sociales que representan a cuatro categorías ambientales: situaciones de tratamiento ambiental (comunitario y psiquiátrico), instituciones (compañías militares y correccionales), ambientes educativos (universidades, colegios mayores y escuelas) y ambientes comunitarios (familiar, trabajo y otros grupos sociales).

La metodología del enfoque del clima social se ha basado en la construcción de una serie de instrumentos para evaluar las dimensiones de distintos ambientes (pabellones psiquiátricos, ambientes comunitarios, situaciones escolares, correccionales de adolescentes y adultos, la familia, situaciones laborales y grupos sociales o terapéuticos). Y del resultado de los trabajos sobre clima social se encuentran dimensiones similares en el análisis de distintos ambientes. La dimensión "relacional" (evalúa la intensidad y naturaleza de las relaciones interpersonales que ocurren en un ambiente), la de "desarrollo personal" (se define como el intento de cambio positivo favorecido por un grupo) y la del "sistema de mantenimiento y cambio" (evalúa el grado de conocimiento respecto a la tarea y la innovación posible dentro de ese sistema). Por otra parte, los objetivos, necesidades y personalidad de los individuos pueden influir las percepciones del clima que modularían los efectos de las características contextuales (Silva, 1992).

La noción de clima social parece prometedora en su aplicación al campo de la salud, a partir de las posibilidades que ofrece de analizar tanto la incidencia de la presión del socioentorno hacia el individuo, como las formas de equilibrio acomodativo que individuo y entorno ecosocial pueden adoptar a lo largo del proceso de interacción. En definitiva, si se pueden demostrar las formas de incidencia del clima social sobre los procesos de desadaptación también se podrán estudiar intervenciones modificadoras de ese clima, orientadas a provocar cambios en las conductas desadaptadas individuo-medio.

Lo anteriormente expuesto es aplicable en términos generales al mobbing, sin embargo conviene señalar en primer lugar que se han catalogado distintas categorías de comportamientos definidos como acosantes que podrían delimitarse en las siguientes (Knorz y Zapf, 1996): a) limitar la comunicación (se prohíbe a la víctima charlar con los compañeros, no se responde a sus preguntas -verbales o escritas-, se

la interrumpe continuamente cuando habla, todo lo que dice se le vuelve en su contra, etc.); b) limitar las relaciones (se instiga a los compañeros en su contra, se le excluye de las fiestas y otras actividades sociales, los compañeros evitan trabajar junto a él/ella, se le habla de modo hostil y grosero, y se le provoca con el fin de inducirlo a reaccionar de forma descontrolada); c) minar la autoestima (se pone en tela de juicio su reputación con insinuaciones sobre su vida privada, sus presuntos comportamientos sexuales o las convicciones políticas y religiosas. Además se le ridiculiza por su aspecto físico y si tiene algún defecto, sobre todo si las personas involucradas son jóvenes o adolescentes, se transforman en objeto de bromas pesadas y ofensivas); d) desgaste profesional (en este terreno la víctima asiste impotente a un empeoramiento en el tipo de tareas que realiza, pasa jornadas enteras sin que le sea asignado ningún trabajo e incluso se le reprocha su pereza, se le asignan funciones inferiores a su capacidad o bien imposibles de ser acabadas con éxito. En algunos casos los subordinados no obedecen sus órdenes, o es denigrada ante los jefes y sus propuestas son rechazadas por principio y se le quita toda posibilidad de actividad e influencia.

La dinámica del terrorismo psicológico tiene una escena con varios personajes, además del mobber o acosador y el acosado: a) los co-mobbers o co-agresores, es un grupo de personas que el mobber logra reunir a su alrededor convenciendo de la peligrosidad de la víctima y de la necesidad de neutralizarlo o incluso obligarte a marcharse; b) los espectadores, son aquellos que no participan en el juego, no intervienen porque temen transformarse a su vez en víctimas. Esta situación se suele dar en ambientes en los que, en lugar de la sana competitividad prevalece una cultura de control y de prevaricación, donde apropiarse del poder parece ser una cuestión de vida o muerte. Por tanto no todos los escenarios (redes y sistemas de apoyo) son igualmente propicios para el cultivo de estas prácticas, ya que en ambientes donde no haya miedo a la denuncia es más difícil que se establezcan estos tipos de dinámica, y por tanto abre pautas para la prevención.

El juego entre víctima y acosador no se ciñe a un único modelo de comportamiento, ya que las estrategias del segundo y las reacciones del primero pueden variar según los casos y dar lugar a cuatro tipos de mobbing: a) Mobbing plano, donde ni la víctima ni el verdugo modifican sus estrategias porque o el agresor no tiene otras ideas de cómo agredir a su adversario o bien está satisfecho de la reacción suscitada. A veces su comportamiento puede ser involuntario o derivar simplemente de la mala educación; b) Mobbing mueve la víctima, se caracteriza porque el agresor repite el mismo comportamiento, pero la víctima, en el intento de hacer que desista, reacciona de forma distinta cada vez. Si la conducta del agresor permanece estable, las reacciones de la parte contraria serán cada vez más desesperadas, débiles e ineficaces; c) Mobbing mueve al agresor, aquí el agresor modifica continuamente sus acciones, mientras el comportamiento de la víctima permanece constante. En este caso es muy probable que el agresor sea consciente de su propio papel y experimente placer en inventar nuevas estrategias; d) Mobbing mueven ambos, agresor y víctima cambian constantemente de comportamiento. El primero busca una acción para abatir a su blanco. Las reacciones de la víctima pueden depender de la incapacidad de controlar las emociones o bien de la voluntad de defenderse de los ataques del otro.

Parece claro que las consecuencias de este tipo de dinámicas patológicas en los grupos puede acarrear graves consecuencias no sólo para el individuo sino también para la organización (empresa, escuela, hospital, etc.). En el siguiente apartado vamos a hacernos eco de las repercusiones de este síndrome en la salud de los trabajadores.

4. STATUS DE SALUD: IMPLICACIONES DEL MOBBING

El estilo de vida tiene que ver con los sistemas de respuesta adaptativas que pone en marcha el sujeto de forma habitual, es decir, la capacidad para utilizar los recursos del entorno. En definitiva ligado íntimamente a los conceptos de competencia y fortalecimiento o empowerment. El primero de ellos incluiría actividades selectivamente dirigidas a interactuar con el entorno. La conducta competente tendería a producir efectos, como base motivadora, y daría como resultado la experiencia o sentimiento de eficacia. La potenciación o fortalecimiento significa el proceso o mecanismo a través del cual personas, organizaciones o comunidades adquieren control o dominio sobre asuntos o temas de interés que les son propios (Caplan, 1993). Pero el riesgo no es un atributo unipersonal de cada sujeto, sino que es una circunstancia resultante de una dinámica interactiva en el seno de una comunidad. En definitiva, supone que el marco de actuación (evaluación e intervención) debe ser la interacción psicosocial para prevenir o modificar determinadas consecuencias sobre los que están implicados muchos factores (Murray, 1992). En el caso del mobbing no es el sujeto directamente la fuente del problema sino la percepción (real o imaginaria) que tienen los otros de él como peligroso o amenaza, elemento que en definitiva activa todo el esquema expuesto.

Los trabajos señalados, aunque todavía parciales, señalan que las consecuencias para la salud son devastadoras. Además no sólo incide en el plano individual sino que es toda la organización la que se ve perjudicada con este tipo de conductas patológicas. Para dar una idea de la importancia del fenómeno se calcula que en España más del 50% de los trabajadores lo ha sufrido alguna vez. En Alemania donde se llevaron a cabo los trabajos pioneros de Carmen Knorz y Dieter Zapf en su trabajo experimental sobre el mobbing, han determinado 39 acciones utilizadas para provocar terrorismo psicológico en los puestos de trabajo. En grandes empresas (Bayer, Volkswagen) se ha calculado que las pérdidas a causa de este síndrome superan los 3.000 millones de pesetas anuales (unos 22 millones de pesos). Esta violencia psicológica que se produce con el mobbing, además de las consecuencias económicas, repercute muy negativamente en la salud: la continua tensión, el sentimiento de aislamiento y las vejaciones provocan una serie de síntomas psicosomáticos (dolor de cabeza, mareos, insomnio y otras alteraciones del sueño, gastritis, estreñimiento, taquicardia, pérdidas de memoria y concentración, etc.). Desde el plano biológico las reacciones somáticas se pueden analizar midiendo el aumento de respuestas psicofisiológicas (niveles de adrenalina en sangre, tasa cardiaca, tensión arterial, etc.). En los casos más graves se puede llegar a la depresión y al suicidio, ya que en un estudio estadístico llevado a cabo en Suecia se ha estimado que entre el 10 y el 20% de los suicidios se deben al mobbing. Este proceso de acoso repercute directamente sobre la autoestima del individuo objeto del mismo, pues el sentimiento de identidad personal se construye con la imagen que recibimos de los demás y si esta es siempre negativa, incluso las personas equilibradas y seguras de sí mismas acaban por derrumbarse. Si a esto unimos la rumiaciones o autodiálogos ("si todos

me atacan quizás es que verdaderamente no valgo nada o estoy equivocado") se puede entender fácilmente la repercusión en la salud mental y en la consiguiente expresión psicosomática del conflicto.

Además, al contrario que la víctima de una agresión física directa quien sufre la violencia psicológica no logra identificar con claridad un culpable, se encuentra solo con su sufrimiento, mientras a su alrededor se ha creado el vacío. Los familiares y la pareja no logran comprender su malestar psicológico y lo minimizan, alimentando cada vez más el sentimiento de soledad e impotencia. Un círculo vicioso que puede llevar a comportamientos patológicos como la depresión, el abuso de alcohol o la agresividad tanto en el ámbito familiar como el social. De ahí la importancia, además de las estrategias señaladas de facilitar los procesos y vías de comunicación con la red laboral y también con las otras redes (familiares y amigos) para que puedan proveer el apoyo social efectivo y paliar o amortiguar las consecuencias del fenómeno. Sin embargo parece que la mayoría de las veces estos intentos resultan inútiles pues por un mecanismo psicológico de autodefensa, el agresor se convence de su falta de culpa y atribuye la responsabilidad de la situación a su víctima. Cuando se llega a este nivel es necesaria la intervención de un experto capaz de poner frente a frente las partes para hacer salir los motivos del conflicto y restablecer aquellos canales de comunicación que se hayan interrumpido.

El mobbing no es un juego patológico con resultado cero en el que el fracaso de uno permite la victoria del otro. Al contrario, aquí pierden todos: la víctima en primer lugar (por las consecuencias tan negativas para la salud) pero también la empresa ya que el clima de tensión lleva a una caída generalizada en el rendimiento. El afectado falta mucho al trabajo por enfermedad y se ve inmerso con más facilidad en accidentes laborales. La consideración del fenómeno en el contexto europeo es bastante dispar ya que mientras en Suecia este fenómeno se considera una enfermedad profesional a todos los efectos, en cambio en España aún no existen instrumentos específicos ni de reconocimiento ni de defensa. También en cuanto a medios para paliar el problema la realidad es que mientras en algunos contextos ya existen clínicas especializadas en la rehabilitación de las víctimas o se han creado asociaciones (Prima en Italia) para promover las investigaciones en este campo, ayudar a las víctimas e intervenir en las empresas que les consultan, en otros países es un tema prácticamente desconocido.

El fracaso del individuo en desarrollar una flexibilidad suficiente ante los cambios del medio, o la variabilidad del medio más allá de las potencialidades existentes en el individuo, llevan al fracaso de la adaptación. Pero el conjunto de individuos que forman parte de un ecosistema mantienen multitud de interacciones entre sí y con su medio, hasta el extremo de poder modificar ese mismo medio, existiendo, por tanto, un proceso dinámico de constante interacción, reajuste y regulación. Parece por tanto, a la luz de la exposición anterior, confirmada la influencia del acoso en la pérdida de la salud, siempre y cuando el individuo no cuente con estrategias de afrontamiento eficaces y el apoyo social sea escaso o inefectivo. La salud entendida como un proceso más que como un estado y con los componentes interpersonales que aquí repetidamente se han señalado abre, sin duda, nuevas posibilidades para su prevención (San Martín y Pastor, 1988) y están generando un nuevo esquema de conceptualizar globalmente tanto el problema como su evaluación (Fernández Ballesteros, 1994; Jiménez Díaz, Cabaco y González, 1994), además de abrir la

intervención en muchos campos que hasta hace relativamente poco tiempo estaban bastante alejados de nuestro quehacer profesional (Méndez, Maciá y Olivares, 1993; Sánchez Vidal, 1993).

Parece que, al igual que ha ocurrido con la aparición de las nuevas patologías, en lo que respecta específicamente al mobbing, los expertos recomiendan reconocer y afrontar el problema en las fases iniciales, cuando se está a tiempo de poder intentar bloquear la espiral de boicoteo y extorsiones. Esto no invalida lo expuesto sobre estrategias de competencia o fortalecimiento en individuos, grupos y organizaciones para que puedan manejar de forma eficaz eventuales episodios de acoso o terrorismo psicológico. Lo importante del fenómeno radica en que es un problema que tiene dimensiones educativas o de formación, en el fondo es una cuestión de tolerancia, pero que repercute gravemente tanto en el plano laboral o del trabajo como en el ámbito de la salud (del individuo y del grupo).

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aroian, K. (1992). Sources of social support and conflict for Polish immigrants. *Qualitative Health Research*, 2(2), 178-207.

Buunk, B. y Hoorens, V. (1992). Social support and stress, The role of social comparison and social exchange processes. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(4), 445-457.

Cabaco, A.S. (1994). Estudio empírico de indicadores psicosociales de salud en sujetos de 12 a 14 años de la provincia de Salamanca. Tesis Doctoral, Universidad Pontificia de Salamanca.

Cabaco, A.S. (1995). Indicadores de riesgo en salud mental y estrategias de prevención en la adolescencia. Salamanca: Publicaciones de la UPSA.

Caplan, G. (1993). Psicología orientada a la población: Teoría y práctica. En J. Navarro; A. Fuertes y F.J. Bustamante (coord.): Ensayos y conferencias sobre Prevención e Intervención en Salud Mental. Salamanca: Junta de Castilla y León.

Conn, V., Taylor, S. y Hayes, V. (1992). Social support, selfesteem, and selfcare after myocardial infarction. *Health Values*, 16(5), 25-31.

Correa, H. y Coutinho, P. (1997). Fatal attack of a pit viper, *Bothrops jararaca*, on an infant buffy-tufted ear marmoset (*Callithrix aurita*). *Primates*, 38(2), 215-217.

Fernández Ballesteros, R. (1994). Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. Madrid: Pirámide.

Fernández Ríos, L. (1994). Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica. Madrid: Siglo XXI.

- Ficken, M. y Popp, J. (1996). A comparative analysis of passerine mobbing calls. *Auk*, 113(2), 370-380.
- Hills, M. y Baker, P. (1992). Relationships among epilepsy, social stigma, self-esteem, and social support. *Journal of Epilepsy*, 5(4), 231-238.
- Hurd, Ch. R. (1996). Interspecific attraction to the mobbing calls of black-capped chickadees (*Parus atricapillus*). *Behavioral Ecology and Sociobiology*, 38(4), 287-292.
- Ibañez, E. (1991). *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia: Promolibro.
- Iwamoto, T., Mori, A., Kawai, M. y Bekele, A. (1996). Anti-predator behavior of gelada baboons. *Primates*, 37(4), 389-397.
- Jiménez Díaz, L. y Cabaco, AS. (Dir.) (1991). *Estudio de las características psicosociales en niños institucionalizados de la provincia de Salamanca*. Memoria de la investigación. Salamanca: UPSA.
- Jiménez Díaz, L., Cabaco, A.S. y González, A. (1992). *Estudio epidemiológico descriptivo, diagnóstico y de intervención en patología psicosomática*. Memoria de la investigación. Salamanca: UPSA.
- Jiménez Díaz, L., Cabaco, A.S. y González, A. (1994). *Trastornos de la conducta infanto-juvenil. Aportaciones recientes al tema*. Salamanca: Publicaciones de la UPSA.
- Keltikangas, J. y Terav, T. (1996). Social decision-making strategies in individualist and collectivist cultures: A comparison of Finnish and Estonian adolescents. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 27(6), 714-732.
- Knorz, C. y Zapf, D. (1996). Mobbing-eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift fuer Arbeits und Organisations Psychologie*, 40(1), 12-21.
- Lindell, C. (1996). Benefits and costs to Plain-fronted Thornbirds (*Phacellodomus rufifrons*) of interactions with avian nest associates. *Auk*, 113(3), 565-577.
- Méndez, X., Macía, A. y Olivares, J. (eds) (1993). *Intervención conductual en contextos comunitarios*. Madrid: Pirámide.
- Moos, R. H. (1979). Social ecological perspectives on health. En C. G. Stone, F. Cohen y F. Adler (Eds.), *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Murray, J. (1992). Prevention and the identification of high risk groups. *International Review of Psychiatry*, 4(34), 281-286.

Murrell, S., Norris, F. y Chipley, Q. (1992). Functional versus structural social support, desirable events, and positive affect in older adults. *Psychology and Aging*, 7(4), 562-570.

San Martín, M. y Pastor, V. (1988). *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.

Sánchez Vidal, A. (comp.) (1993). *Programas de prevención e intervención comunitaria*. Barcelona: PPU.

Schuster, B. (1996). Rejection, exclusion, and harassment at work and in schools. *European Psychologist*, 1(4), 293-309.

Silva, M. (1992). *El clima en las organizaciones. Teoría, método e intervención*. Barcelona: P.P.U.